Das runde Magengeschwür, seine Prognose und seine Therapie.

Inaugural-Dissertation

zur

Erlangung der Doktorwürde

in der

gesamten Medizin

verfasst und einer

Hohen medizinischen Fakultät

der

Kgl. Bayer. Ludwig-Maximilians-Universität zu München

vorgelegt von

Stamatis Diamantopoulos.

München 1908.

Kgl. Hof- und Universitäts-Buchdruckerei von Dr. C. Wolf & Sohn.

Das runde Magengeschwür, seine Prognose und seine Therapie.

Inaugural-Dissertation

zur

Erlangung der Doktorwürde

in der

gesamten Medizin

verfasst und einer

Hohen medizinischen Fakultät

der

Kgl. Bayer. Ludwig-Maximilians-Universität zu München

vorgelegt von

Stamatis Diamantopoulos.

ACAD. LUGD BAT. BIBL.

München 1908.

Kgl. Hof- und Universitäts-Buchdruckerei von Dr. C. Wolf & Sohn.

Gedruckt mit Genehmigung der medizinischen Fakultät der Universität München.

Referent: Herr Prof. Dr. Ritter von Bauer.

Die Kenntnisse von einer der wichtigsten Krankheitserscheinungen des Magengeschwüres reichen weit in das Altertum zurück. Hippokrates der Grosse (450—370 v. Chr.) beschrieb dieselbe als eine besondere Krankheit, Morbus niger und sphacelosartige Krankheit nannte er sie, wenn die schwarzen Massen in Form von Klumpen erbrochen wurden oder nach unten abgingen. Die Massen selbst aber bezeichete der Vater der Medizin als schwarze Galle, atra bilis.

Diese Bezeichnung hat sich erhalten, bis Friedrich Hoffmann, Professor der Medizin zu Halle (geb. 1660, gest. 1742) im Jahre 1740 für manche Fälle den Beweis erbrachte, dass der Sitz und die Quelle des Morbus niger der Magen sei.

Eine etwas andere Anschauung von der Krankheit hatte der Professor in Padua Johann Baptist Morgagni (1682 bis 1771), der zwar deren Sitz im Magen annahm, jedoch noch bei der Eigenartigkeit der atra bilis des Hippokrates stehen blieb.

Die Benennung Ulcus ventriculi findet sich zuerst bei Johannn Peter Frank (1745—1821). Seitdem Léon Jean Baptiste Cruveilhier (1791—1874) in seiner „Anatomie pathologique du corps humain“ als der erste das Magengeschwür durch seine sorgfältige und eingehende Beschreibung zu einem wohl definierten und gut erkennbaren Krankheitsbild gestaltet hatte, hat sich die klinische Beobachtung und die experimentelle Forschung mit gleichem Eifer dieser Affektion angenommen.

Da auch in München diese Krankheit nicht gar selten auftritt, so dürfte es wohl unser Interesse in Anspruch nehmen

uns mit derselben in statistischer und therapeutischer Hinsicht etwas zu beschäftigen. Die Statistik nun stellte ich zusammen auf Grund des mir in bereitwilligster Weise von der I. med. Abteilung des Krankenhauses l. d. I. zur Verfügung überlassenen Materials. Sie bietet daher trotz ihrer geringen Zahl ein zuverlässiges Bild der Krankheitserscheinung. Die Resultate dieser Statistik stimmen im grossen und ganzen mit den von Adolf Wachter während des Dezenniums 1895 bis 1905 erzielten überein.

In den letzten drei Jahreu, also von 1905 bis 1907 mit sind 58 Fälle von rundem Magengeschwür dort behandelt worden, und zwar:

46 Weiber = 79,31 % und
12 Männer = 20,69 %

Daraus ist wieder die allgemeine Beobachtung ersichtlich, dass das weibliche Geschlecht am häufigsten von Magengeschwüren befallen wird.

Jedoch ist der Unterschied im Prozentsatz nicht immer so gross. Riegel hat gezeigt, dass unter 260 Fällen 126 auf Männer und 134 auf Weiber trafen. Wachter, dem 270 Fälle zu Gebote standen, zeigte, dass davon 220 auf Weiber und 50 auf Männer entfielen. Unzweifelhaft aber geht daraus hervor, dass hier zufällige Momente eine grosse Rolle spielen; die Aufnahme in die Krankenhäuser hängt von vielerlei Faktoren ab.

Das Alter der Kranken steht innerhalb folgender Grenzen:

15—20 Jahre . . . . . 10 = 17,24 %
hiervon
1 = 1,72 % Männer, und
9 = 15,52 % Weiber.

20—25 Jahre . . . . . 16 = 27,59 %
hiervon
2 = 3,45 % Männer,
14 = 24,14 % Weiber.

25—30 Jahre . . . . . 13 = 22,41 %
— = — Männer,
13 = 22,41 % Weiber.
30—40 Jahre . . . . . 11 = 18,96 %
5 = 8,62 % Männer,
6 = 10,34 % Weiber.
40—50 Jahre . . . . . 5 = 8,62 %
3 = 5,18 % Männer,
2 = 3,44 % Weiber.
50—60 Jahre . . . . . 1 = 1,72 %
— = — Männer,
1 = 1,72 % Weiber.
60—70 Jahre . . . . . 1 = 1,72 %
1 = 1,72 % Männer,
— = — Weiber.
70—80 Jahre . . . . . 1 = 1,72 %
— = — Männer,
1 = 1,72 % Weiber.

Das Alter hat unzweifelhaft einen gewissen Einfluss auf die Entstehung des Ulcus. Weil nun die grösste Häufigkeit des Auftretens des Ulcus in die Altersperiode zwischen das 20.—30. Jahr fällt, so wird die Annahme nicht von der Hand zu weisen sein, dass das Magengeschwür besonders in dem Alter vorkommt, wo der Organismus gerade durch angestrengtere Tätigkeit abgeschwächt wird. Aber auch in der Pubertätszeit, sowie in dem Alter von 30—40 Jahren finden wir nicht allzuwenig solche Fälle. Anders jedoch, und zwar günstiger, liegt die Sache in den Kinderjahren, im reiferen und im höheren Alter.

Auch dem Berufe darf wohl eine, wenn auch nicht zu bedeutende Rolle zugeschrieben werden.

So fallen z. B. auf:

Dienstmädchen . . . . 16 = 27,59 %
Köchinnen . . . . . 14 = 24,14 %

Bessere Arbeiter . . .	6	= 10,34%
Arbeiterinnen	5	= 8,62%
Arbeiter, Taglöhner . .	4	= 6,90%
Frauen mittlerer Stände .	4	= 6,90%
Buchhalterinnen	3	= 5,18%
Kellnerinnen	2	= 3,45%
Beamte	2	= 3,45%
Kindermädchen	1	= 1,72%
Hausmeisterinnen . . .	1	= 1,72%

An dem hohen Prozentsatze, womit an dieser Krankheit die Dienstmädchen beteiligt sind, ist vielleicht deren Überanstrengung sowie ihre schlechte Ernährung und unregelmässige Nahrungsaufnahme zum grossen Teile schuld. Was die Köchinnen betrifft, so dürfte die relativ grosse Häufigkeit des Vorkommens des Magengeschwüres bei ihnen darauf beruhen, dass sie bei der Zubereitung der Speisen oft gezwungen sind, dieselben in sehr heissem Zustande auf ihren Geschmack zu prüfen. Wenn man jedoch bedenkt, dass Dienstmädchen und Köchinnen im Falle einer Erkrankuug fast durchwegs auf die Hospitäler angewiesen sind, so kann es kaum Wunder nehmen, wenn eine relativ so hohe Zahl von Ulcusfällen gerade auf diese Klassen trifft.

Welchen Einfluss eine Vererbung von seiten der Eltern auf die Kinder hat oder ob eine solche überhaupt anzunehmen ist, lässt sich nicht mit Sicherheit feststellen. Doch ist immerhin die Annahme gestattet, dass Krankheiten der Eltern z. B. Tuberkulose, Herz- und Magenleiden die Konstitution der Kinder geschwächt haben, so dass diese zu einer Erkrankung mehr disponiert sind. Als schwächende Faktoren wären vielleicht auch Vorkrankheiten der Patienten zu berücksichtigen. Als solche dürften wir, gestützt auf unser Material, wohl folgende Infektionskrankheiten anführen:

Masern	14=24,13%
Scharlach	9=15,51%
Diphtherie	4= 6,90%
Pneumonie	7=12,06%
Keuchhusten . . .	4= 6,90%
Gelenkrheumatismus .	6=10,34%
Influenza	2= 3,45%
Blattern	1= 1,72%

Überstandene Magenleiden werden in 39,65% der Fälle angegeben, und zwar 20,69% allgemeine Magenbeschwerden und 18,96% angebliche Magengeschwüre.

Die Chlorose, welcher man seit langem eine gewisse Beziehung zum Ulcus ventriculi zugeschrieben hat, war bei 24,14% vorhanden. Der Alkoholmissbrauch, welchen man ebenfalls als ätiologisches Moment angeführt hat, wird von zwei Patienten zugegeben.

Von anderen Vorkrankheiten wären noch zu erwähnen:

Lungenleiden (Spitzenaffektion) . .	3,45%
Brustfellentzündung	1,72%
Blinddarmentzündung	1,72%
Bleikolik	1,72%

Was die Symptome des Ulcus ventriculi betrifft, so sei zuerst folgendes erwähnt.

Das runde Magengeschwür verläuft zuweilen vollständig symptomlos. Es sind Fälle beobachtet worden, wo Personen an den schwersten Folgeerscheinungen des Magengeschwüres erkrankt sind, ohne dass sie vorher die geringsten Anzeichen verspürt hätten.

In anderen Fällen kommt das Magengeschwür spontan zur Heilung, wie es durch Sektionen nachgewiesen worden ist. Hier hat wahrscheinlich das Gefühl die Patienten zur Einhaltung einer Diät geleitet, welche als das Mittel zur Genesung betrachtet werden muss. Als Beispiel wird der

französische Anatom Béclard angeführt, der in hohem Alter starb, nachdem er lange Zeit vollkommen gesund gewesen war, aber bei der Sektion im Magen die Narben von zwei Geschwüren aufwies. Gewöhnlich jedoch bietet das Magengeschwür Symptome, welche die Diagnose mit Sicherheit ermöglichen. So klagten z. B. von den 58 Patienten über:

Aufstossen und Brennen . .	9	= 15,51 %
Schlechten Geschmack im Munde	1	= 1,72 %
Schmerzen in der Magengegend	53	= 91,37 %
Erbrechen ohne Blut . . .	9	= 15,51 %
Erbrechen mit Blut. . . .	30	= 57,72 %
Stuhl mit Blut	25	= 43,10 %

Nur selten tritt ein begleitender Magenkatarrh derartig hervor, dass eine wirkliche Anorexie, pappiger Geschmack, Aufstossen, übler Geruch aus dem Munde, stark belegte Zunge vorhanden sind. Meist ist letztere vielmehr von so gutem Aussehen, glatt, feucht, schön rot, dass dieser Befund schon von vornherein bei Kranken mit heftigen, kolikartigen Magenschmerzen den Verdacht auf ein Ulcus lenken muss.

Das am meisten verbreitete Symptom ist jedoch der lokalisierte Magenschmerz. Wir begegnen ihm fast ausnahmslos bei allen Ulcuskranken, oft in verschiedener Weise angedeutet. Er tritt gewöhnlich $^1/_2$—1 Stunde nach dem Essen auf, jedoch kann er von der Nahrungsaufnahme auch ganz unabhängig sein. Die vom Ulcus ventriculi verursachten Gastralgien, kommen selten zu Paroxysmen; gewöhnlich beginnen dieselben mit grosser Intensität und vergehen fast ebenso rasch, wie sie gekommen sind, so dass ein nahezu normales Befinden eintritt. Es wäre nicht klug auf den Magenschmerz einen zu grossen diagnostischen Wert zu legen, wenn derselbe nicht vom Erbrechen begleitet ist.

Erbrechen kommt bei 67,23 % der Kranken vor; davon fallen 51,72 % auf Blutbrechen. Viele mit Magenschmerzen

behaftete Kranke hätten die ärztliche Hilfe nicht aufgesucht, wenn sie nicht durch das Blutbrechen in Angst gesetzt worden wären. Das Aussehen des Erbrochenen ist verschieden; es hängt zusammen mit der Zeit, welche das Blut im Magen verbleibt. So kommt es, dass das Erbrochene von dem einen Kranken als dunkel- oder hellrote Massen angegeben wird, während andere es von kaffeesatzartiger Beschaffenheit erklären.

Brinton gibt 29% Magenblutungen an, Leube zählt deren 46%, Ewald 54% und Joslin 81%, woraus man wiederum sieht, wie unsicher und von wieviel Zufälligkeiten abhängig die Statistiken sind.

Blutiger Stuhl wird von 25 = 43,10% angegeben. Viele Autoren, unter ihnen Boas, haben den Nachweis von okkultem Blut im Stuhl speziell für die Diagnose des Ulcus verwertet. Es ist ja klar, dass Magenblutungen unzweifelhaft die wichtigsten Krankheitssymptome darstellen. Man kann sich einfach darauf verlassen, wenn man mit Sicherheit die anderen Formen von Magenblutungen auszuschliessen imstande ist.

Die Druckpunkte am Rücken sind ebenfalls als diagnostisches Hilfsmittel zu betrachten, jedoch ist das Vorkommen derselben kein regelmässiges.

Ein weniger zuverlässiges Symptom ist die Hyperacidität, da ja dieselbe beim Ulcuskranken auch nicht konstant auftritt. Ageron hat unter 35 Fällen von Ulcus fünf beobachtet, wo Salzsäure vollständig fehlte. Höchlichst überraschend sind die von Ewald angegebenen Resultate. Er fand eine Hyperacidität nur in 34,1%, normale Acidität in 56,8% und Subacidität in 9%. Hier wäre die Umwandlung des Ulcus in Carcinom von unverkennbarem Einfluss, wenn (durch die Operation und die nachfolgende mikroskopische Untersuchung) nicht festgestellt worden wäre, dass unter der letztgenannten Gruppe fünf Fälle sich befinden, bei denen das typische Magengeschwür keiner carcinomatösen Degeneration unterlag.

Es war mir leider nicht möglich, die Fälle in Bezug auf Aciditätswerte zu taxieren, indem ja dort, wo die Diagnose anderswie gestellt werden kann, von einer Sondierung mit Recht Abstand genommen wird.

Neben den oben genannten Symptomen sind bei den Kranken noch folgende krankhaft veränderte Organe bemerkt worden. Pathologischer Lungenbefund war in zehn Fällen ersichtlich und zwar:

Lungenspitzenaffektionen in . . 9 = 15,51 %,
Emphysem . . . . . 1 = 1,72 %.

Am Herzen sind folgende Anomalien beobachtet worden:

Systol. Geräusch an der Spitze bei 9 = 15,51 %.
„ „ „ „ Aorta „ 4 = 6,90 %.
„ „ „ „ Pulmon. „ 4 = 6,90 %.

Obwohl nun der verhältnismässig hohe Prozentsatz von Lungenspitzenaffektionen recht auffällig ist, so wollen wir trotzdem doch nicht annehmen, dass die Tuberkulose an und für sich zum Magengeschwür prädisponiert. Dass aber die Tuberkulose eine Schwäche des ganzen Organismus und infolgedessen eine verringerte Widerstandskraft verursacht, dürfte ohne weiteres ersichtlich sein.

Was die Herzgeräusche anbelangt, so sind diese nicht idiopathischer Natur, sondern gewiss als anämisch zu erklären, denn beim Zurücktreten der Anämie verschwinden gewöhnlich auch die Geräusche.

Was endlich den Erfolg der Behandlung betrifft, so sind hier die Resultate durch folgende Zahlen angegeben:

Entlassen wurden von 58 Kranken:

als geheilt . . . . . 8 = 13,79 %,
als gebessert arbeitsfähig . . 7 = 12,06 %,
als gebessert arbeitsunfähig . 37 = 63,79 %,
als nicht geheilt . . . . . 3 = 5,18 %.
Gestorben sind . . . . . 3 = 5,18 %.

Zu beachten ist, dass die ungeheilten Patienten sowie diejenigen, bei denen eine Besserung ihres Zustandes eintrat, meistens auf eigenes Verlangen das Krankenhaus verliessen. Gebesserte arbeitsunfähige Patienten sind solche, für die eine weitere Erholung erforderlich ist; demnach wäre eine grosse Anzahl von ihnen als geheilt zu betrachten.

Adolf Wachter hatte in den von ihm verarbeiteten 270 Fällen nur vier Todesfälle zu verzeichnen. Daher ist sein Resultat im Prozentsatz so gering (1,44%).

Werfen wir nun einen Blick auf die Dauer der Behandlung, so finden wir folgende Durchschnittszahlen. Es entfallen:

auf die Geheilten	31,0	Tage,
„ „ gebessert Arbeitsfähigen . .	37,2	„
„ „ gebessert Arbeitsunfähigen .	32,6	„
„ „ nicht Geheilten	23,3	„
„ „ Gestorbenen	6	„

Sehr beachtenswert ist die kleine Zahl der auf die Ungeheilten treffenden Behandlungstage. Sie beträgt 23,3 im Durchschnitt. Es ist klar, dass eine nur 23tägige Kur für die Heilung eines schweren Ulcusfalles vollkommen unzureichend ist. Gewöhnlich werden die Patienten durch eine, wenn auch nur vorübergehende, Besserung in ihrem Zustande veranlasst, ihren Austritt aus dem Spital freiwillig zu verlangen. Auf unsere drei Fälle mit tödlichem Ausgange treffen nur je sechs Behandlungstage, da bei dem einen Patienten die Perforation und der dadurch bedingte Tod schon am Tage seines Eintritts selbst stattgefunden hat. Von den beiden übrigen stand der eine acht Tage, der andere neun in Behandlung. Was die Geheilten, die gebessert Arbeitsfähigen und Arbeitsunfähigen anbelangt, so können wir bei ihnen die Behandlungsdauer als ungefähr je einen Monat während annehmen. Da unter den uns vorliegenden 58 Fällen gerade die drei Todesfälle sehr

interessante Erscheinungen aufweisen, so wollen wir uns mit denselben näher befassen.

Fall I.

Anna Marie L., Schreinerswitwe, 55 Jahre alt, trat am 16. Juli 1907 ins Krankenhaus ein.

Anamnese: Patientin gibt an, dass sie seit Januar erkrankt sei mit grosser Schwäche, Druck und hie und da Schmerzen im Leib. Die Füsse seien angeschwollen, sie habe sich ins Bett legen müssen. Durchfall habe sie nicht gehabt, eher Verstopfung. Erbrochen habe sie nie, auch sei sie nicht gelbsüchtig gewesen. Seit einigen Tagen bemerkte sie ausserdem, dass der Urin dunkel gefärbt sei. Von früheren Krankheiten weiss Patientin keine anzugeben. Hereditäre Belastung, Infektion und Potatorium negiert.

Befund: Schwächlicher Körperbau, geringe Muskulatur, Gesichts- und Hautfarbe etwas gelblich gefärbt. Leichte Ödeme der Knöchel und Unterschenkel, Drüsenschwellungen in der Regio submaxillaris und am Halse. Struma. Kyphoskoliose. Lungen ohne Besonderheiten. Die Herzdämpfung reicht nach links um einen Querfinger ausserhalb der Mamillarlinie. Herztöne sind rein und frequent (110). Puls ist klein. Im Harn ist Eiweiss vorhanden (1‰). Die Blutprobe ist positiv; im Sediment finden sich zahlreiche Leucocyten, rote Blutkörperchen, Plattenepithelien, Bakterien und Cylinder. Keine Tuberkelbazillen.

Krankheitsgeschichte.

17. VII. Sensorium ist etwas benommen.

18. VII. Unregelmässiges, remittierendes Fieber (38,6). Aus dem After geht unwillkürliches, schwarzes, teerartiges Blut ab. Urin lässt Patientin unter sich gehen. Benommenheit leichten Grades. Puls klein, frequent.

19. VII. Fieber 39,1.

21. VII. Die blutigen Durchfälle haben nachgelassen. Allgemeinbefinden schlecht. Fieber 38,2.

22. VII. Kein Fieber.

24. VII. Exitus letalis.

Diagnose.

Hauptdiagnose: Sepsis? Darmblutungen. Cystitis. Hämorrhagische Nephritis.

Nebendiagnose: Ulcus ventriculi perforatum. Peritonitis.

Obduktionsbefund.

In der Bauchhöhle ca. $^3/_4$ l hellgelbliche Flüssigkeit. Die Baucheingeweide mit den vorderen Bauchdecken flächenhaft verwachsen. Zwerchfellstand beiderseits fünfte Rippe. Beide Lungen frei. In beiden Pleurahöhlen je ca. $^1/_2$ l seröse Flüssigkeit. — Die linke Lunge klein, der Oberlappen stark ausgedehnt. Unterhalb der Spitze in der Ausdehnung etwa eines Hühnereies das Gewebe fibrös induriert und von zahlreichen, dicht stehenden, bis erbsengrossen, gelblichen, käsigen Knötchen durchsetzt. Im Unterlappen kleine Gruppen hirsekorngrosser käsiger Knötchen um die Bronchien herumgestellt. Das ganze Gewebe ist stark durchfeuchtet und der Luftgehalt erheblich reduziert. — Die rechte Lunge ist ziemlich gross, in allen Teilen stark wässerig durchfeuchtet, im Oberlappen unterhalb der Spitze ein pflaumengrosser fibröser Herd mit Einlagerung umschriebener käsiger Knötchen. Das übrige Gewebe ist überall ziemlich gut lufthaltig. Die rechtseitigen peribronchialen Lymphdrüsen sind bis über Walnussgrösse geschwellt und total verkäst.

Herz: Ist nach beiden Seiten stark verbreitert und von kugeliger Gestalt. Die rechte Kammer hochgradig erweitert

mit sehr dicker, starrer Muskelwand und weit einspringenden, rundlichen Trabekeln.

Milz: Zeigt an der Oberfläche ausgedehnte, eitrig-fibrinöse, noch überall leicht abziehbare Auflagerungen.

Linke Niere: Ziemlich gross. Am oberen Pol und diesen in der Ausdehnung von fast einem Hühnerei einnehmend das Gewebe von ganz dicht stehenden, gelblichen käsigen Streifen durchzogen. Nierenbecken erweitert, die Schleimhaut zum Teil von einem zerklüfteten, käsigen Belag besetzt, im übrigen stark injiziert.

Rechte Niere: Ohne Besonderheit. Blase mit im Grunde dunkelrot injizierter Schleimhaut.

Scheide kurz, weit.

Uterus vergrössert und etwas aufgelockert. Beim Einschneiden zeigt sich sowohl der Cervikalkanal wie auch das Cavum des Corpus Uteri von einer gelblichen, käsigen Membran ausgekleidet. In der Uterushöhle reichlich dicker, rahmartiger, käsiger Eiter. Die beiderseitigen Adnexe sind in fibröse Schwarten eingebettet, an der Peritonealseite von kleinen, grauen Knötchen besetzt, im Innern total verkäst. Auch in den beiden Eierstöcken bis erbsengrosse käsige Herde eingelagert.

Das ganze viscerale Peritoneum fast aller Baucheingeweide ist dicht von massenhaften, feinen bis hirsekorngrossen, grauen Knötchen durchsetzt.

Der Magen ist in seinem Pförtnerteil mit der Hinterfläche des rechten Leberlappens sehr fest verwachsen, bei Loslösung zeigt sich in seiner Wand an der Vorderfläche ein talergrosses, sehr scharfrandiges Loch. Bei Eröffnung des Magens entspricht dieser Öffnung eine etwas grössere Öffnung mit treppenförmigen Rändern. Die übrige Schleimhaut ist ziemlich glatt und schiefergrau verfärbt. Darmschleimhaut

überall vollkommen intakt, ohne Follikelschwellung und ohne Substanzverluste.

Diagnose: Diffuse, akute, tuberkulöse Peritonitis, ausgehend von beiderseitiger Tuberkulose der Adnexe. Tuberkulose des Uterus (tuberkulöse Pyometra). Ältere fibröse Tuberkulose an beiden Lungenspitzen mit subakuter Ausbreitung. Chronische Tuberkulose der peribronchialen Lymphdrüsen rechts.

Sehr grosses perforiertes und an der Hinterfläche des rechten Leberlappens verlötetes Magengeschwür.

Dilatation des rechten Herzventrikels. Milztumor.

Fall II.

Marie S., Zugeherin, 73 Jahre alt, trat am 25. VI. 1907 ins Spital ein.

Anamnese: Die Patientin klagt seit etwa zwei Monaten über Gallausfluss, begleitet von starken Diarrhöen. Auch will Patientin ein Magengeschwür gehabt haben, das vor etwa 14 Tagen aufgebrochen sein soll, und Eiter und Blut gebrochen haben.

Patientin ist seit drei Jahren herzleidend. Als Kind überstand sie Masern und Scharlach. Vor einem Jahre zog sie sich infolge einer Verletzung des linken Armes eine Blutvergiftung zu.

Der Vater starb an Magenkrebs, die Mutter an einem Schlaganfall. Zehn Geschwister sind nicht älter als ein Jahr geworden. Eine 18jährige Schwester starb an Krampfanfällen. Sieben Kinder von ihr selbst starben in jugendlichem Alter an Darmkrankheiten.

Befund: Stark abgemagerte Patientin. Grosse Anämie. Struma. Ödeme an beiden Unterschenkeln. Daselbst und an beiden oberen Extremitäten haben Blutungen in die Haut stattgefunden (hämorrhagische Diathese). An der linken Lunge besteht im Bereich des fünften bis achten Brustwirbels etwas

Schallverkürzung. An derselben Stelle ist das Exspirium hörbar. Weiter unten, zwischen dem achten und elften Brustwirbel, besteht ebenfalls leichte Dämpfung.

Der Spitzenstoss liegt im sechsten Intercostalraum. Der erste Ton ist etwas accentuiert. Puls 86, etwas unterdrückbar.

Abdomen gespannt, nirgends druckempfindlich.

Linke Pupille kleiner als die rechte; beide reagieren.

Patellarreflexe nicht auslösbar.

Babinski positiv.

Krankheitsgeschichte.

26. VI. Blutuntersuchung auf Stuhl ergab ein stark positives Resultat.

27. VI. Hämoglobingehalt 63%. Die Untersuchung des Stuhles ergab noch Spuren desselben.

29. VI. Hämoglobingehalt 58%. Erythrocyten 3 850 000 bis 4 000 000 Leucocyten 3200.

30. VI. Patientin lässt Stuhl und Urin unter sich gehen.

2. VII. Zustand unverändert.

4. VII. Exitus letalis.

Diagnose: Ulcus ventriculi.

Obduktionsbefund.

Die Leber überragt dreifingerbreit den Rippenbogen. Herzbeutel zweifingerbreit vorliegend. In der linken und rechten Pleurahöhle reichliche Menge seröser Flüssigkeit. Beide Lungen hinten an der Spitze mässig fest adhärent.

Linke Lunge: Ober- und Unterlappen von gelblichen käsigen Knötchen durchsetzt.

Rechte Lunge: Vom Oberlappen ist nur die Spitze noch lufthaltig; der ganze übrige Teil bis auf die hinteren Partien ist in ein derbes, graues, schiefriges Gewebe umgewandelt. Mittel- und Unterlappen sind ebenfalls von käsigen Knötchen durchsetzt.

Der Magen ist mit reichlichem, breiigem Inhalt gefüllt. Der Pylorus ist frei durchlässig. Der Fundus zeigt eine starke narbige Einziehung, die einen grossen Teil des Lumens abschnürt. Ausserdem findet sich hier ein Substanzverlust der Schleimhaut (7 : 5) mit glatten Rändern, in dessen Grund das Pankreas erscheint. Auf der Rückseite des rechten Leberlappens findet sich ein erbsengrosser gelber, etwas breiiger Herd mit derber Abgrenzungsmembran.

Pankreas: Sehr derb, zeigt an einzelnen Stellen derbe weisse Einlagerungen und kleine Cysten.

Herz: Etwas zu gross. Das subepikardiale Fett ist in ein ödematöses Gewebe umgewandelt. Die Coronargefässe sind stark geschlängelt. Die Aorta ist in ihrem ganzen Verlauf von weissen fleckigen Herden durchsetzt, zum Teil mit Substanzverlusten, zum Teil mit weichen Auflagerungen.

Milz: Ziemlich blutarm.

Nieren: Mit sehr geschwundenen Fettkapseln.

Diagnose: Chronische, indurierende Tuberkulose der rechten oberen Lunge. Käsige Knötchen in allen Teilen der Lungen vereinzelt. Ringförmiges auf das Pankreas übergreifendes Magengeschwür. Hypertrophie und Dilatation des linken Ventrikels mit beginnender Atrophie des ganzen Herzens. Leichte Stenose der Aortaklappe, beiderseitiger Hydrothorax, leichter Ascites, Ödem. Beginnende Tabes dorsalis.

Fall III.

Marie D., Köchin, 31 Jahre alt, trat am 26. Mai 1906 ins Krankenhaus ein.

Anamnese: Patientin hat vor zwei Jahren ein Magengeschwür gehabt, welches jedoch unter entsprechender Diät soweit abgeheilt worden war, dass Patientin im ganzen alle Speisen wieder vertragen konnte. Vor etwa fünf Wochen hat sich ihr Zustand aber wieder sehr verschlimmert; sie

musste alle Nahrung erbrechen. Das Erbrochene war bald schmutzig braunrot, bald hellbraunrot. Dabei bestanden auch heftige Magenschmerzen. Patientin soll auch bemerkt haben, dass der Stuhl schwarz gefärbt war. Der Unterleib ist seit gestern leicht aufgetrieben, jedoch nicht schmerzhaft.

Von früheren Krankheiten ist nur die Chlorose in den Entwicklungsjahren zu erwähnen.

Befund: Da Patientin äusserst elend und schwach war, so wurde von einer genaueren Untersuchung Abstand genommen.

Krankheitsgeschichte.

25. V. Das Abdomen ist leicht aufgetrieben, aber nicht druckempfindlich (nur die Magengegend erscheint etwas schmerzhaft). Überall tympanitischer Schall. Leber ist etwas nach oben gedrängt: die Leberdämpfung geht bereits 1—2 Finger oberhalb des Rippenbogens in tympanitischen Schall über. Der Puls ist sehr klein, zuweilen gar nicht zu fühlen.

26. V. Exitus letalis.

Diagnose.

Hauptdiagnose: Ulcus ventriculi.

Nebendiagnose: Perforation, Peritonitis, Anaemia permagna.

Obduktionsbefund.

Bei Eröffnung der Bauchhöhle entleert sich ein übelriechendes Gas. In derselben befinden sich ca. 2 l trüber Flüssigkeit. Das grosse Netz ist in der Gegend der Symphyse verwachsen. Die Leber ist nicht sichtbar; der Magen liegt in Handgrösse vor. Das Querkolon ist stark nach abwärts verlagert und durch Gase aufgetrieben. Das Peritoneum zeigt eitrigen Belag, ist aber nicht gerötet.

In beiden Pleurasäcken befindet sich blutige Flüssigkeit.

Rechte und linke Lunge zeigen geringen Umfang und geringes Gewicht. Der Blutinhalt in denselben ist fast aufgehoben.

Magen: Ist in der Mitte durch starke Einschnürung in zwei Teile zerlegt; zwischen beiden Teilen besteht noch eine Öffnung, die für einen kleinen Finger durchgängig ist. Bei Eröffnung der Stenose zeigt sich eine Perforation mit scharfen Rändern von der Grösse eines Zehnpfennigstückes. Ein kleinerer Substanzverlust befindet sich im Anfangsteil des Duodenums (am Pylorus) in der Grösse eines Fünfpfennigstückes. Die Ränder des Geschwüres sind scharf und tief, der Grund desselben ist vom Pankreaskopf gedeckt.

Herz: Von geringem Umfang. Die Muskulatur beider Ventrikel ist schlaff und von blassbrauner Farbe.

Das Herz, sowie die Nieren, Milz und Leber sind stark anämisch.

Diagnose: Hochgradige Anämie der Brustorgane. Leichter Hydrothorax. Hypoplasie des Herzens und der Lungen. Ulcus rotundum perforans der kleinen Curvatur. Ältere Einschnürung daselbst.

Nebenbefunde: Sanduhrmagen. Kleineres rundes Geschwür des Duodenums am Pylorus. Akute Perforationsperitonitis. Allgemeine Anämie. Pelveo-peritonitis.

Bei Betrachtung der drei Todesfälle fällt vor allem in die Augen, dass diese ausschliesslich Weiber betreffen. Zudem ist auch kein sehr jugendliches Alter zu konstatieren; denn die eine der Verstorbenen stand im 31. Jahre, während die beiden übrigen schon im höheren Alter waren, nämlich die eine im 55. und die andere im 73. Jahre.

Der Obduktionsbefund zeigte nun, dass ausser der schweren Ulcusform in allen drei Fällen noch andere Organkomplikationen vorhanden waren. Höchst interessante Erscheinungen sind bei der 55jährigen Frau Marie L., Fall I,

zu beobachten. Patientin war gleich nach ihrem Eintritt ins Krankenhaus leicht benommen und machte den Eindruck einer schwerfälligen Kranken. Magenschmerzen und Erbrechen waren während der ganzen Behandlungsdauer nicht vorhanden, dagegen bestanden häufige Darmblutungen. Im Urin war Eiweiss und Blut enthalten, was zur klinischen Diagnose einer hämorrhagischen Nephritis führte.

Am sechsten Tage erfolgte der Tod. Nun kam bei der vorgenommenen Sektion neben dem perforierten Magengeschwüre noch eine Reihe von anderen pathologisch veränderten Organen zum Vorschein: nämlich Tuberkulose der beiden Lungenspitzen, der inneren Genitalien mit Ausbreitung auf das Peritoneum, dazu noch ein Herzfehler und Milztumor. Es ist ja ohne weiteres klar, dass derartige Nebenbefunde mit dem schon vorhandenen Magengeschwür ein sehr schweres Krankheitsbild bieten und dass der Fall deshalb zu den selteneren gerechnet werden muss.

Hier dürfte das Magengeschwür ohne Zweifel als Nebenkrankheit angesehen werden. Eine tödliche Perforationsperitonitis, wie sie beim Durchbruch der Geschwüre so oft vorkommt, war hier nicht vorhanden. Man sollte daher annehmen, dass die Verwachsung des Magens mit der Hinterfläche der Leber schon seit einiger Zeit bestand und vor der Perforation stattgefunden hatte. Solche Verwachsungen kommen namentlich mit dem Pankreas vor, doch können dieselben auch mit der Milz, der Leber und dem Querkolon stattfinden. Anders jedoch verhält sich das Peritoneum in Bezug auf die Genitalien, da die Tuberkulose der Adnexe auf dasselbe übergegriffen hatte. Dies wäre auch als Todesursache aufzufassen.

Nicht weniger lehrreich ist auch Fall II. Die 73jährige Zugeherin Marie St. gibt bei ihrem Eintritt ins Krankenhaus an, dass sie vor etwa 14 Tagen infolge eines Magen-

geschwüres Blut und Eiter gebrochen hätte. Die starken Blutungen führten zur schweren Abschwächung des Organismus, so dass sich auch die Zahl der roten und weissen Blutkörperchen vermindert zeigte. Patientin starb neun Tage nach ihrer Aufnahme ins Krankenhaus. Die Sektion ergab Tuberkulose der rechten Lungenspitze, Herzfehler, beiderseitigen Hydrothorax, Ascites und Ödem, sowie beginnende Tabes dorsalis. Von einer Perforation kann in diesem Falle nicht die Rede sein. Das Geschwür hat sich auf das unter dem Magen gelegene Pankreas ausgedehnt. Von nicht geringer Wichtigkeit ist auch die hier infolge der Aortastenose vorliegende Hypertrophie des linken Ventrikels, sowie die beginnende Atrophia cordis. Wie die Tabes noch dazu auftrat, lässt sich anamnestisch nicht erweisen. Die klinische Untersuchung ergab wohl Veränderungen im Nervensystem, aber doch nicht so bedeutende, dass sie als Tabes hätten angesprochen werden können. Das hohe Alter der Patientin, zu dem noch mehrfache Leiden kamen, konnte von vornherein nur wenig Aussicht auf Wiederherstellung gewähren.

Bei dem dritten tödlich abgelaufenen Fall handelt es sich um Recidiv. Patientin hatte schon vor zwei Jahren ein Magengeschwür gehabt und war durch entsprechende Diät soweit wieder hergestellt, dass sie ohne Beschwerden wieder alle Speisen vertragen konnte. Allerdings hatte sich, wie sie es selbst angab, ihr Zustand in der letzten Zeit sehr verschlimmert und sie suchte das Krankenhaus auf, nachdem sie fünf Wochen lang stark an Magenschmerzen und Blutungen gelitten hatte. Bei ihrer Aufnahme ins Krankenhaus war durch ihre Verzögerung ihr Zustand schon so weit gebracht, dass man nicht mehr in der Lage war, sie zu untersuchen. Das Geschwür war schon zum Durchbruch gekommen und die Peritonitis war in dem Falle durch mehrfache Symptome leicht zu diagnostizieren. Der Hochstand des

Zwerchfelles und das Fehlen der Leberdämpfung waren in ziemlich ausgesprochener Weise gekennzeichnet. Von mehreren Autoren ist früher ein grosses Gewicht auf das völlige Verschwinden der Leberdämpfung gelegt worden, weil hierin ein sicherer Beweis für den Austritt von Luft (Gas) aus dem Darme in die Bauchhöhle liegen sollte. Ewald indessen hält das Verstrichensein der Leberdämpfung für ein ganz unsicheres Zeichen, da dasselbe auch durch das aufgetriebene und über die Leber gelagerte Querkolon veranlasst sein kann. Die Anftreibung des Abdomens und die Kleinheit des Pulses mögen die klinische Diagnose noch weiter unterstützen. Dagegen ist das Fehlen der Schmerzen wohl auf den sehr heruntergekommenen Zustand der Patientin zurückzuführen. Die Obduktion ergab ausser dem perforierten Magengeschwür das Vorhandensein eines zweiten, am Anfangsteil des Duodenums sitzenden Ulcus.

Bemerkenswert ist, dass wir bei Fall I und II eine ausgesprochene Lungentuberkulose finden. Wie wir schon früher erwähnt haben, wäre es nicht falsch anzunehmen, dass in diesen Fällen die meistens chronisch vorhandene Tuberkulose den Organismus zur Kachexie gebracht und infolgedessen eine Neigung zum Magengeschwür gegeben hat. Was den Sitz des Geschwüres betrifft, so ist derselbe in unseren Fällen an der kleinen Curvatur, am Fundus und an der vorderen Wand der Pylorusgegend lokalisiert.

Nach Brinton, der 220 Fälle zusammengestellt hat, ist das Prozentverhältnis der Lokalisation folgendes:

Hintere Magenwand . . .	42,—%
Kleine Curvatur	26,—%
Pylorus	15,6 %
Vordere Wand	4,9 %
Grosse Curvatur	2,4 %
Cardia und Fundus . . .	2,—%

In sämtlichen Fällen, die in der I. Abteilung des Krankenhauses l. d. I. vorkommen, wird an den Patienten die Leubesche Kur angewandt. Diese hat sich durch ihre günstigen Resultate im allgemeinen am besten bewährt und ist fast überall im Gebrauch. In neueren Zeiten sind jedoch von verschiedenen Autoren auch andere Behandlungsmittel vorgeschlagen worden, die aber nicht allgemeine Anerkennung gefunden haben.

Werfen wir nun einen kurzen Blick auf die Geschichte der Entwicklung der Therapie sowie auf die in den letzten Jahren empfohlenen Mittel.

Therapie.

Allgemeine Verordnungen zur Therapie des Magengeschwüres gab zuerst Friedrich Hoffmann, von dessen Mitteln einige Vorbilder moderner Methoden sind. Die Empfehlung absoluter Ruhe (summa quies corporis imperanda) sowie die Applikation von Schnee oder Eis auf den Magen und die Anwendung von kleinen, aber häufigen Portionen von Milch stammt von Johann Peter Frank. Aber erst Cruveilhier, der genauere Kenntnisse von der Pathologie des Magengeschwüres verbreitet hatte, hat durch seine Autorität die bis dahin so beliebten Brechkuren beseitigt und durch systematische Anwendung der Milchdiät die Therapie des Magengeschwüres in sichere Bahnen geleitet.

„Was würden wir tun," sagt Cruveilhier, „wenn wir ein ähnliches Geschwür auf der Aussenfläche des Körpers zu behandeln hätten? Wir würden den vom Geschwür befallenen Teil des Körpers zur Ruhe verurteilen." „Eh bien le repos pour l'estomae c'est la diète, et comme la diète ne pourrait pas être absolue, il importe de trouver un aliment qui passe en quelque sorte inaperçu." Cruveilhier suchte eben einen Stoff, der, ohne den Magen zu belasten, für den ganzen

Organismus ein gutes Nahrungsmittel wäre und empfahl als solches die Milch.

Fast das gesamte über die Krankheiten des Magens bis zum Ende der fünfziger Jahre bekannt gewordene Material fasste dann William Brinton in seinen im St. Thomashospital gehaltenen Vorlesungen zusammen. Er nahm schon in den fünfziger Jahren an, was erst viel später durch Pawlow und dessen Schule bewiesen wurde, dass Menge und Art der Nahrung die Sekretion des Magensaftes beeinflusst und zog aus diesen, der klinischen Erfahrung entnommenen Erscheinungen therapeutischen Nutzen. So schlug er neben den bis jetzt bekannten Mitteln vor auch die Magenschmerzen durch Opium zu stillen.

Die reine Milchdiät gab der berühmte französische Kliniker Armand Trousseau (1881—1867) teilweise auf und führte als Grundlage der Behandlung das Wismut ein.

Einen klareren Einblick in das Wesen und dadurch auch in die Behandlung des Ulcus gewann man, als Kussmaul, Direktor der Freiburger med. Klinik, gegen Ende der sechziger Jahre die Magenpumpe erfunden hatte. Diese Erfindung, welche die Untersuchung des Mageninhaltes ermöglichte, führte v. Ziemssen zur Aufstellung einer modifizierten Therapie, welche auf der Neutralisation der abnormen Magensäure, der Beseitigung der sauren Gärung und der täglichen, regelmässigen Entleerung des Mageninhaltes beruht. Dies suchte v. Ziemssen durch Anwendung des Karlsbaderwassers zu erreichen, da dasselbe diejenigen Stoffe enthält, die den obengenannten Bedingungen am besten entsprechen. Auf gleichen Grundsätzen wie die v. Ziemssensche Behandlung des Magengeschwüres beruht auch die Leubesche Kur, die im hiesigen Krankenhaus auch Anwendung findet.

Eine ganz andere diätetische Behandlung befolgt Lenhartz: Die Patienten erhalten vom Anfang an, selbst wenn

unmittelbar vor Beginn der Kur eine Blutung stattgefunden hat, eine konzentrierte eiweissreiche Nahrung. Daneben Bettruhe, Eisblase, täglich 1—2 g Wismut und frühzeitig Eisen event. mit Arsenik. Die Schmerzen sollen fast stets unmittelbar nach Beginn der eiweissreichen Kost aufgehört haben, und die Kranken erholten sich schneller als bei der bisher üblichen Diät. Über diese neue therapeutische Methode wagen wir nicht ein Urteil auszusprechen.

Walko hat in den letzten Jahren das von Cohnheim empfohlene Olivenöl zusammen mit Wismut gerühmt als Heilmittel und führt an, durch dasselbe sehr gute Resultate erzielt zu haben. Ewald aber, der die Anwendung der Methode probiert hatte, erreichte damit nicht nur keine solchen guten Erfolge, sondern gibt selbst an, dass diese Behandlungsweise den Patienten Schaden verursachte.

Gegen starke Blutungen wurden bei unseren Kranken Gelatininjektionen und Extractum Hydrastis Canadensis verordnet. Fenwick berichtet, mit Nebennierenextrakt Blutungen zur Stillung gebracht zu haben; er macht den Gebrauch einer 4%igen wässerigen Lösung von trockenem Nebennierenextrakt.

Ob es schliesslich zum Zwecke diagnostischer oder therapeutischer Massnahmen erlaubt ist, die Sonde oder den Magenschlauch einzuführen, lässt sich noch heute bestreiten. Jedoch die meisten Autoren und Ewald haben durch dieses Verfahren niemals einen Nachteil gesehen.

Die Dauer einer völligen Ulcuskur wurde von Trousseau auf zwei Jahre mit Unterbrechung angegeben, während v. Ziemssen eine Heilung durch eine nur vierwöchige Kur für möglich hielt, was auch mit unseren oben erwähnten Resultaten übereinstimmt. v. Ziemssen gibt jedoch selbst zu, dass in vielen Fällen des als geheilt betrachteten Ulcus Recidiven aufgetreten sind, und meint, dass der Magen trotz der vorübergehenden Heilung immerhin noch ein locus minoris

resistentiae verbleibt, da das Geschwür meistens chronisch zu werden pflegt. Zu bedauern ist es auch, dass die bei der Heilung des Geschwüres sich bildenden Narben oft Formveränderungen des Magens erzeugen, welche die Funktion desselben beeinträchtigen und ein operatives Eingreifen als indiziert erscheinen lassen. Als solche Deformitäten sind der Sanduhrmagen und die aus der Pylorusstenose hervorgerufene Magenerweiterung zu nennen. Eine chirurgische Behandlung kommt ausser bei den erwähnten Narbenbildungen noch fast immer bei Verwachsungen, Magenblutungen und Perforationen in Betracht. Besonders bei der Perforation spielt die frühzeitige Diagnose derselben die bedeutendste Rolle. Wie uns Adamson berichtet, wurden: wenn zwischen Perforation und Operation 12 Stunden verflossen, von 22 Fällen 14. wenn 12—14 Stunden, von 23 Fällen nur 6, und wenn 24 Stunden, von 38 Fällen nur 5 geheilt.

Was endlich die Beziehungen zwischen Magenulcus und Magenkrebs betrifft, so wollen die uns von Hirschfeld angegebenen Mitteilungen mit der allgemeinen Annahme, dass 5—6% der Magengeschwüre die Umwandlung in Krebs erfahren, nicht übereinstimmen. Nach Hirschfeld sollen die statistischen Erhebungen gegen ein anderes als zufälliges Zusammentreffen beider Krankheiten sprechen. Der grösseren Verbreitung an Magengeschwüren in einzelnen Gegenden entspreche auch nicht ein häufigeres Auftreten von Krebs. Auch das weibliche Geschlecht sei vom Magengeschwüre vorzugsweise befallen, während das männliche vom Magencarcinom bevorzugt würde.

Aus dem uns zu Gebote stehenden Material dürfen wir wohl einige Schlüsse ziehen, die hinsichtlich der Ätiologie, Diagnose, Therapie und Prognose von Bedeutung sind.

Die Ätiologie ist noch ziemlich in Dunkel gehüllt. Man sollte jedoch die Hyperacidität, die Chlorose und die Anämie nicht als hauptsächliche Faktoren unterschätzen. Die Hyperacidität, die ja, wie wir schon gesehen haben, nur in seltenen Fällen ausbleibt, dürfte eine Prädisposition zum Magengeschwür und eine schwere Heilungstendenz desselben geben. Die Anämie und Chlorose weisen auf schwache Individuen hin, die wegen ihres mangelhaften Ernährungszustandes am meisten von Ulcus angegriffen werden.

Ein durch Trauma hervorgerufenes Ulcus ist in unserem Material nicht vorhanden.

Die Diagnose dürfte nur in seltenen Fällen Schwierigkeiten bieten; sie ist im Gegenteil fast nie zu verfehlen, wenn sich alle typischen Zeichen zusammen vorfinden. Ist dies nicht der Fall, wie es in der Praxis so häufig vorkommt, weil oft gerade die wertvollsten Symptome fehlen, oder nur mangelhaft ausgesprochen sind, so kann eine genaue Diagnose nicht gestellt werden. Besonders zu Beginn der Krankheit, wo sich die Symptome nur auf allgemeine Magenbeschwerden beschränken, war es uns, so lange keine gastralgischen Anfälle und Hämatemesis auftraten, bis jezt unmöglich das Ulcus von der mitkonkurrierenden Krankheit, der nervösen Dyspepsie, zu unterscheiden. Wesentlich leichter gestaltete sich die Diagnose, seitdem wir die nur in seltenen Fällen ausbleibende Hyperchlorydrie und die geringfügigen Blutungen chemisch nachweisen können. Eine bevorstehende Perforation vermögen wir leider nicht zu diagnostizieren, weil wir keine Anhaltspunkte haben, die es uns ermöglichen zu erkennen, ob es sich um ein oberflächliches oder tiefgreifendes Geschwür handelt. Lang bestehende Beschwerden könnte man dafür vielleicht verwerten, wenn nicht die meisten Ulcera jahrelang dauerten, ohne dass sie jemals eine Perforation verursachten.

Von allen therapeutischen Angaben wäre nochmals ganz

besonders die Leubesche Kur zu empfehlen. Das Magengeschwür ist jedoch eine Krankheit, die einerseits die grösste Vorsicht von seiten des Arztes, andererseits die möglichste Geduld von seiten der Patienten erfordert. Wir haben viele Beispiele, wo das subjektive Wohlbefinden der Geschwürkranken schon am Anfange einer gutgeleiteten Kur diese verführt hat, die Anordnungen des Arztes ausser acht zu lassen. Grössere Reisen nach einer durchgemachten Ulcuskur zu unternehmen empfiehlt sich nicht, dagegen ist die Bade- resp. Trinkkur recht oft von gutem Erfolge begleitet. Als passender Badeort wären besonders die heissen Glaubersalzquellen von Karlsbad zu erwähnen.

Die Prognose ist in neueren Zeiten insoferne besser geworden, als wir jetzt imstande sind sowohl frühzeitige Stadien des Ulcus leichter zu erkennen, als auch eine erfolgreiche Behandlung anzuwenden. Sogar die mit Recht gefürchteten Recidiven können durch vollständige Heilung des Geschwüres, der anomalen Beschaffenheit des Blutes und der Saftsekretion vermieden werden. Mit grösserer Vorsicht wäre die Prognose auszusprechen, wenn infolge ausgedehnterer Geschwüre Konsequenzen von Narbenbildungen vorkommen könnten. Bei Blutungen ist die Prognose, wenn durch dieselben der Tod nicht sofort eingetreten ist, günstig besonders, wenn es sich um junge Individuen handelt. Bei Peritonitis infolge von Ulcus perforans ist der operative Eingriff sogar günstiger als bei einer solchen, die aus anderen Ursachen entstanden ist.

Am Schlusse bitte ich, Herrn Krankenhausdirektor Professor Dr. Ritter v. Bauer für die gütige Übernahme des Referates, sowie dem Herrn Dozenten Dr. Kerschensteiner für die liebenswürdige Zuweisung des Themas meinen höflichsten Dank zum Ausdruck bringen zu dürfen.

Litteratur.

Adamson, Beobachtungen über das perforierte Magengeschwür. Glasgow Medical-Journal. November 1901.

Ageron, Diagnostisch-therapeutische Bemerkungen zum Magengeschwür. Münchener med. Wochenschr. 1902, Nr. 30, S. 1256.

Boas, Über okkulte Magenblutungen. Deutsche med. Wochenschr. 1901, Nr. 20.

Ewald, Diagnose und Therapie des Magengeschwüres. XX. Kongress für innere Medizin. Wiesbaden 1902.

Fenwick, Suprarenal extract in gastro-intestinal hämorrhage. Brit. Med. Journal. 30. November 1901.

Fleiner, Therapie des Magengeschwüres. XX. Kongress für innere Medizin. Wiesbaden 1902. (Münchener med. Wochenschr. 1902.)

Hirschfeld, Die Beziehungen zwischen Magengeschwür und Magencarcinom. XX. Kongress für innere Medizin. Wiesbaden 1902. (Zentralblatt für innere Medizin. 1902.)

Lenhartz, Eine neue Behandlungsmethode des Ulcus ventriculi. Münchener med. Wochenschr. 1903. S. 2283.

Neuburger und Pagel, Handbuch der Geschichte der Medizin. Wien und Berlin 1903.

Walko, Über die Behandlung des Ulcus ventriculi mit Olivenöl. Zentralblatt für innere Medizin. 1902. Nr. 45.

Wachter, Das runde Magengeschwür in den letzten zehn Jahren (1895 mit 1904). München 1905. (Inaug.-Dissert.)

Curriculum vitae.

Stamatis Diamantopoulos geboren am 29. August 1885 zu Athen, absolvierte daselbst das A! Kgl. humanistische Gymnasium. Im Oktober 1902 wurde er an der Universität zu München immatrikuliert, und gehörte ununterbrochen dieser Anstalt bis zum Sommersemester 1908 an.